Orgullo loco, colectivo

Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia

Dau García Dauder[1], Grecia Guzmán Martínez[2]

Introducción

Los viajes son recorridos o itinerarios que llevan de un lugar a otro; utilizados como metáfora, indican también un estado de "conciencia alterada". La artista y enfermera inglesa Mary Barnes ingresó a los 42 años en la comunidad terapéutica Kingsley Hall a cargo de Ronald Laing. Tras años de doloroso periplo con la "esquizofrenia" y su resurgimiento, en 1971, Barnes documentó lo vivido en un clásico de la antipsiquiatría que lleva el nombre de *Viaje a través de la locura*. Dos décadas después, en 1990, se publicó *The loony-bin trip* (recientemente traducido como *Viaje al manicomio*). En esta obra, Kate Millett, reconocida activista del feminismo radical de la segunda ola, detalla su recorrido a través de múltiples violencias psiquiátricas y medicaciones forzadas denunciando cómo "la psiquiatría se ha apoderado de la locura" (García Puig, 2019).

Ambos viajes desvelan trayectorias, pero también relatos biográficos y conscientes sobre los vaivenes entre lo individual y lo institucional; las opresiones y las resistencias de "sujetos-sujetados" (Butler, 2001). Tal como desde la psiquiatría fue posible sujetar históricamente a las mujeres a través de la etiqueta de "locura", ésta misma les permitió convertirse en sujetos de agencia. Bajo este "doble efecto", la locura ha sido comprendida como consecuencia de la opresión, pero también como una vía de protesta.

En este contexto, utilizamos el término "locura", no en el sentido que le ha otorgado la medicina moderna occidental, sino como un concepto cargado de historia, de biografías y de posibilidades de resignificación que lo distancian de las connotaciones de la "patología" o la "enfermedad". Ejemplo de dicha re-apropiación conceptual son las recientes celebra-

[1] Docente de Psicología Social (URJC-Madrid). Activista feminista trans. dau.dauder@urjc.es
[2] Doctoranda en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Dpto. de Psicología Social (Universitat Autònoma de Barcelona). Activista en salud mental. grecia.guzman@e-campus.uab.cat

ciones del Orgullo Loco, junto con la consigna de que "El orgullo (lo)cura", por parte de sobrevivientes de la psiquiatría o activistas "en primera persona". Luego de siglos en aparente silencio, personas atravesadas por la etiqueta de la locura se posicionan como agentes críticos hacia sus propios procesos.

Sin duda, parte de estas reivindicaciones son herederas del arduo trabajo de los movimientos activistas que actuaron de la mano de la anti-psiquiatría, la psiquiatría crítica y la psiquiatría democrática por acabar con la estructura manicomial. No obstante, tal esfuerzo se mantuvo generalmente omiso hacia una cuestión también ignorada por la psiquiatría biomédica: mucho del malestar estaba provocado por opresiones estructurales de género, que no sólo se omitían en la clínica y en la intervención psiquiátrica, sino que se reproducía.

La locura ha sido desde siempre definida en estrecha relación con lo femenino. Con razón no fue un tema ajeno a los movimientos feministas

Retomamos, pues, a la locura considerando sus lugares dentro de la institución y sus ejercicios colectivos de resistencia, pero no como si se tratase de una historia neutra: resaltamos que la locura ha sido desde siempre definida en estrecha relación con lo femenino. Con razón no fue un tema ajeno a los movimientos feministas. Si bien éstos no denunciaron firmemente las violencias sobre las mujeres en la institución psiquiátrica, sí potenciaron las posibilidades de agencia, resignificando la patología como malestar, atendiendo directamente a las experiencias atravesadas por el género y apostando por proyectos de emancipación.

Partiendo de aquí, nos preguntamos, en primer lugar, ¿por qué al feminismo le importa la locura? y, en el mismo sentido, ¿por qué a la locura le importa el feminismo? Tales cuestionamientos no podían sino llevarnos a releer una de las grandes consignas del movimiento feminista: lo

Inquisición

personal es político; junto con sus derivas terapéuticas: los grupos de autoconciencia y la psicoterapia feminista. Concluimos nuestro propio viaje a través de la locura y el feminismo con una lectura de las alternativas políticas emergentes y resistentes a la psiquiatría biomédica desde las voces y experiencias en la primera persona del femenino plural.

Por qué la locura importa al feminismo

Locura y feminidad

A lo largo de los siglos, el constructo social patriarcal de la locura ha sido instrumental en la subordinación de las mujeres. Como el de brujería, funcionó como régimen discursivo que regulaba el ajuste

de las mujeres a su rol. La enfermedad sustituyó al pecado o al demonio para controlar al "sexo débil" (Ussher, 1991). Desde la visión positivista científica, la locura femenina era heredera del curso de la bruja (Ussher, 1991). Así, se puede establecer un paralelismo, respecto al control social de las mujeres, entre la extensión de la brujería y la epidemia de histeria, así como entre la persecución inquisitorial de las brujas y el tratamiento psiquiátrico moderno (Szasz, 1974).

Dentro del pensamiento dualista occidental, las mujeres han sido asociadas con lo irracional, la naturaleza, lo primitivo, el sexo y el cuerpo; mientras los hombres eran situados del lado de la razón, de la cultura y de la mente. La asociación de las mujeres con lo irracional ha contribuido al imaginario que ha enlazado la locura con la "naturaleza femenina". A ello contribuyó el pensamiento científico moderno y la institucionalización de la profesión médica que, a través de sus prácticas de exclusión a mujeres, situaba a los hombres como únicos sujetos legítimos de conocimiento sobre el cuerpo y la salud. La persecución de sanadoras y comadronas, convertidas en brujas, eliminó los saberes y prácticas de las mujeres, también su historia como "las madres" de la medicina moderna (Ehrenreich y English, 1988). Los médicos establecieron que las mujeres estaban enfermas y que esa enfermedad era innata, derivada de la posesión de útero y ovarios. De este modo, habían eliminado la dualidad entre "enfermedad" y "salud" en el sexo femenino (Ehrenreich y English, 1990).

Si bien la época victoriana eliminó las cadenas, el "experto cuidado del loco" legitimó solo al experto médico masculino. A la vez que se excluía a las mujeres del poder de sanar, la locura se convertía en sinónimo de mujer: la "loca victoriana" (Showalter, 1985; Ussher, 1991). El mismo discurso que asociaba mujeres y locura (la relación útero-cerebro), afirmaba su incapacidad e indeseabilidad para cualquier forma de ejercicio intelectual o práctica profesional (especialmente si tenía que ver con la medicina). Así, la mujer científica se convirtió en una "contradicción en sus propios términos" (Rossier, 1992)... y en riesgo de enloquecer.

La enfermedad sustituyó al pecado o al demonio para controlar al "sexo débil"

Como consecuencia de todo ello, la historia de la ciencia y de la medicina es una narrativa de mentes masculinas que conocen naturalezas femeninas (Keller, 1991). El modelo de salud, y de salud mental, ha sido androcéntrico, es decir, ha tomado como referente universal al sujeto masculino; y, con ello, "lo femenino" se ha asociado a la locura. Historiadoras y psicólogas o psiquiatras feministas han analizado

El modelo de salud, y de salud mental, ha sido androcéntrico, es decir, ha tomado como referente universal al sujeto masculino; y, con ello, "lo femenino" se ha asociado a la locura

La construcción social de la enfermedad mental ha contribuido a regular y disciplinar a todas las mujeres en su rol femenino (si bien de distinto modo en función de la clase social), controlando también toda desviación de género

esta relación entre la condición femenina y lo que llamamos "locura", y la regulación conjunta de ambas. Es decir, cómo en un contexto histórico y cultural particular, las definiciones de género (de lo que significa ser un hombre y una mujer, lo masculino y lo femenino) han influido en la definición y tratamiento de lo que se considera un "trastorno mental" o "locura"; y, a la inversa, cómo la construcción de la locura ha servido para regular –vía patologización, encierro y estigma– conductas de género.

Las biografías de muchas mujeres que pasaron por psiquiátricos en el siglo XIX –muchas encerradas por sus maridos en contra de su voluntad– nos muestran hasta qué punto, como ha señalado Chesler: "lo que llamamos locura también puede ser causado y exacerbado por la injusticia y la crueldad dentro de la familia y la sociedad" (2005: 27)[1]. La locura y los psiquiátricos han funcionado como reflejos, a modo de espejo, de la experiencia femenina, "tanto como castigos por *ser* 'mujer', como por atreverse a desear *no* serlo" (Chesler, 2005: 76). También ambos, locura y encierro, han sido reflejo de la falta de poder de las mujeres y de su búsqueda desesperada de potencia.

Por otro lado, el ajuste al rol femenino era la medida de la salud mental de las mujeres y el progreso psiquiátrico[2]. La opresión patriarcal en la sociedad y en la familia se reproducía en unas instituciones que castigaban –vía aislamiento, sedación, camisas de fuerza o electroshock– el rechazo al rol femenino, especialmente la rabia y la sexualidad de las mujeres (si bien no evitaban que se produjeran violaciones) (Ussher, 1991).

La "locura" no se puede reducir a un conjunto de síntomas o categorías diagnósticas, las prácticas discursivas en torno a ella regulan a las mujeres dentro de la sociedad y las sitúan como un Otro (Ussher, 1991). La construcción social de la enfermedad mental ha contribuido a regular y disciplinar a *todas* las mujeres en su rol femenino (si bien de distinto modo en función de la clase social), controlando también toda desviación de género. Así, a través de los discursos médicos del XIX, por ejemplo, se reguló tanto la sexualidad de las mujeres como su acceso a la educación. La patologización de la mujer promiscua o de la frigidez neutralizaba –vía cliterectomías y otros métodos de cirugía ginecológica– la amenaza de la sexualidad autónoma fuera del control de los hombres. Con la llegada de la sexología y del psicoanálisis, mujeres intelectuales, que reclamaban sus derechos, que transgredían el rol femenino o que tenían relaciones con otras mujeres eran patologizadas bajo la misma categoría de "inversión sexual" (Fiocchetto, 1993). Si feminidad y locura estaban entrelazadas, tanto la adhesión rígida a los roles de género como su rechazo corrían el riesgo de un diagnóstico. "La locura, tanto si aparece en hombres como en mujeres, es o bien la ejecución de un rol femenino devaluado o el rechazo total o parcial del estereotipo del rol de uno[3]" (Chesler, 2005: 116).

En palabras de Chesler (2005), la ética de la salud mental sigue siendo masculina en nuestra sociedad. Los estándares de salud mental no son los mismos para hombres que para mujeres. Siguiendo las investigaciones de Inge Broverman et al. (1970), la descripción de un adulto sano coincide con el estereotipo masculino y el estereotipo femenino se asocia con características patológicas. Definiciones de salud mental adulta coinciden con las de salud mental masculina; mientras que definiciones de feminidad incorporan elementos de inestabilidad emocional. Así, una mujer normal, sana y del promedio resulta ser

un ser humano loco. Si la mujer sigue su rol de género adquiere características de personalidad indeseables (pasividad, dependencia, emotividad), pero si desarrolla rasgos humanos deseables pierde su feminidad (asertividad, independencia, sexualmente activa, etc.) arriesgándose a que la acusen de ser "anormal" (Hyde, 1995). Desde esta lógica, sólo los hombres pueden ser mentalmente sanos (Chesler, 2005).

Los significados de género y enfermedad mental desde el paradigma psiquiátrico dominante resultan en un sobre-diagnóstico de la enfermedad mental en mujeres. De tal forma que las conductas y los síntomas de las mujeres son más frecuentemente vistos como indicadores de enfermedad mental que los de los hombres. Como mostraron Bernstein y Kane (1981), el mismo síntoma recibía diferente tratamiento en función del sexo del paciente: por atribución psicológica en mujeres y física en hombres.

Esta ceguera androcéntrica ha provocado no solo la asociación de lo femenino con la locura sino la no atención a su manifestación particular en las mujeres. La "locura" no significa lo mismo para hombres que para mujeres. La conducta "desviada" en hombres tiende a ser interpretada desde un paradigma *legal* como criminal, mientras la misma conducta en mujeres es interpretada con frecuencia desde un paradigma *médico* como síntomas de enfermedad mental. Los hombres son malos, las mujeres están locas (Ussher, 1991). Curiosamente, aunque la ética y el referente de salud mental es masculino –construido como universal-, la mayor parte de los teóricos clínicos han escrito sobre mujeres. Chesler (2005) atribuye este hecho, no tanto a una mayor colaboración de las pacientes mujeres o al deseo de los clínicos de curarlas o moldearlas, sino más bien a que pueden estudiar la locura sin amenaza. Los hombres de ciencia difícilmente se identifican con sus sujetos femeninos, lo que les mantiene a salvo. Por otro lado, según la autora, las mujeres locas –en tanto mujeres– no tienen poder; pueden ser impredecibles u hostiles, pero, a diferencia de los pacientes masculinos, no se las percibe como un peligro físico.

De nuevo la contradicción aparece porque, a pesar de centrarse en "pacientes" mujeres, los clínicos de diferentes corrientes[4] aplican su modelo masculino-universal de explicación o interpretación, incapaces de tomar conciencia de la opresión objetiva de las mujeres y sus conexiones con el conflicto y sufrimiento psíquico. ¿Por qué las mujeres experimentan y expresan más malestar subjetivo? Existe una estrecha conexión entre el sufrimiento mental individual de las mujeres y sus condiciones de vida (como amas de casa, madres, hijas reprimidas en sus deseos y aspiraciones, víctimas de violencia sexual o de género, etc.). Tampoco en los teóricos de la anti-psiquiatría, salvo en el caso de Franca Basaglia[5], nos encontramos con un marco de referencia teórico para lo humano que sea femenino. Parece que la persona "loca" es neutra de género. Pero sabemos que, desde la época victoriana, locura ha sido sinónimo de feminidad, y las mujeres predominan en las estadísticas epidemiológicas, en el consumo de psicofármacos, en los textos de los clínicos y en el imaginario popular. Esta ignorancia, camuflada en un argumento neutro, no solo limita las opciones de ayuda a las mujeres y de crítica al modelo androcéntrico, sino que se torna también opresiva.

Los significados de género y enfermedad mental desde el paradigma psiquiátrico dominante resultan en un sobre-diagnóstico de la enfermedad mental en mujeres

La locura como protesta feminista

La locura femenina ha tenido una doble lectura: como intrínseca a la naturaleza femenina –lo irracional, la inestabilidad emocional-, pero también como protesta

Si la locura femenina es resultado de la opresión, sus síntomas son su protesta

ante las injusticias de la mujer (Showalter, 1985). Si la locura femenina es resultado de la opresión, sus síntomas son su protesta. Un efecto inesperado de la asociación médica entre mujeres y locura, y del uso de la patología como amenaza para todas las mujeres si se saltaban las normas de género, ha sido la resignificación de la "loca" como figura emblemática de protesta feminista. Elaine Showalter (1985), citando el libro *La loca del desván*, cuenta cómo las escritoras del siglo XIX proyectaron su inconformidad con las limitaciones del sistema patriarcal, sus propios deseos de libertad y sus aspiraciones literarias en unos personajes femeninos "trastornados" que se movían entre o habitaban los márgenes. Novelas, auto-biografías o cartas representaban a mujeres con talento que se quebraban, como si la locura fuera el precio a pagar por el ejercicio de su creatividad en una cultura dominada por hombres (Gilbert y Gubar, 1998)[6].

Dora sería un emblema de la mujer desafiante cuya oposición, expresada vía síntomas y (no) habla, subvierte la lógica lineal de la ciencia masculina

La histeria decimonónica ha sido interpretada como forma inconsciente de protesta feminista ante las restricciones de la feminidad victoriana: "el feminismo espontáneo de la histeria" (Dio Bleichmar, 1991)

Si la locura es una etiqueta aplicada a las normas y rupturas de género, la "loca" se puede interpretar como una rebelde –heroica y fracasada a la par– frente a los constreñimientos de la feminidad rígida. Así, la histeria decimonónica ha sido interpretada como forma inconsciente de protesta feminista ante las restricciones de la feminidad victoriana: "el feminismo espontáneo de la histeria" (Dio Bleichmar, 1991). "Dora de Freud es la hermana silenciosa de Nora de Ibsen. Ambas resisten las definiciones sociales que las confinan en la casa de muñecas de la feminidad burguesa" (Showalter, 1985: 5). Por otro lado, esta jaula dorada de la histeria estaba atravesada por la clase social (Ussher, 1991).

La histeria fue el trastorno nervioso que más se identificó con el movimiento feminista. Se trataba de un trastorno nervioso que expresaba el conflicto irresoluble entre los deseos de acción de las mujeres como individuos y sus obligaciones internalizadas de sujetarse a las normas de género (el auto-sacrificio o "imperativo familiar" que teorizó Jane Addams a finales del XIX). Para Showalter, en lugar de preguntarnos –como hacían lo clínicos de la época– si la rebelión (la aspiración a una independencia profesional o libertad sexual) producía una patología mental, la pregunta relevante para el feminismo era si la patología mental estaba suprimiendo la rebelión. "¿Era la mujer histérica una heroína feminista, luchando frente al confinamiento en la casa burguesa?" O "¿era la histeria –la enfermedad de la hija– un modo de protesta por parte de las mujeres, privadas de otras salidas intelectuales o sociales u opciones expresivas?" (Showalter, 1985: 147). Para Ehrenreich y English (1990), en la "epidemia de histeria", las mujeres aceptaban su "enfermedad" intrínseca y, al mismo tiempo, encontraban una forma de rebelarse contra una función social intolerable. La invalidez parecía ser la única protesta disponible frente a la represión.

En este sentido, Showalter (1985) compara la concepción de la histeria de Hélène Cixous con la de Catherine Clement. El "argumento heroico" de Cixous celebra la histeria, en su lectura de Dora, como un lenguaje-protesta corporal femenino que se opone a las estructuras rígidas del pensamiento y discurso masculino. Dora sería un emblema de la mujer desafiante cuya oposición, expresada vía síntomas y (no) habla[7], subvierte la lógica lineal de la ciencia masculina. Para Clement, en cambio, la histeria es tolerada porque no tiene poder para un cambio cultural real. Es más seguro para el orden patriarcal permitir que mujeres rebeldes expresen su protesta ante las injusticias a través de una enfermedad psicosomática que tenerlas manifestándose por los derechos económicos y legales (en Showalter, 1985: 161).

Charcot en la Salpêtrière. Bro. Hospital de Lyon

Durante el periodo de post-guerra, la locura femenina ya no se asociaba a la histeria, sino más bien a la depresión del ama de casa –"el problema que no tiene nombre" de Betty Friedan (1963)– y a la esquizofrenia. Showalter (1985) nos describe cómo la esquizofrenia ofrecía también una combinación cultural particular entre feminidad y locura. A diferencia de la anorexia, la histeria o la depresión, no era un trastorno predominante en mujeres, pero sí tenía significados específicos de género. Los síntomas en la esquizofrenia de despersonalización, disociación y fragmentación tenían paralelos en la situación social de las mujeres. Para algunas feministas, la esquizofrenia era la metáfora literaria perfecta de la condición femenina: expresión de la inseguridad de las mujeres, la dependencia de un otro en la propia definición, la ruptura entre el cuerpo como objeto sexual y la mente como sujeto, y la vulnerabilidad a los dobles mensajes sociales sobre la feminidad (Showalter, 1985; Sánchez-Pardo, 2001).

En las décadas de los 60-80, la "mujer esquizofrénica" se convirtió en una figura cultural símbolo de ruptura y rebelión sexual, lingüística y religiosa. Probablemente *Frances* sea la imagen popular más representativa. Para frenar semejante potencial revolucionario reprimido, la psiquiatría acudió al shock insulínico, al electroshock o las lobotomías, los tres administrados más frecuentemente en mujeres, las consecuencias del daño cerebral se veían más tolerables y ajustados al rol femenino (Showalter, 1985; Ussher, 1991).

Novelas escritas por mujeres y películas reflejaron de forma crítica relatos de institucionalización y violencias psiquiátricas como castigo por transgredir los códigos de conducta femenina (la ambición intelectual, la autonomía y agencia sexual, la no docilidad o amabilidad, etc.)[8]. La imagen del doctor rodeado de enfermeras introduciendo de forma forzada tubos y embudos sobre una mujer inmovilizada en cama ha quedado como arquetipo del dominio masculino médico sobre el cuerpo de la mujer. Un imaginario que resuena la iconografía de Charcot exhibiendo a las histéricas –a Agustine– en la Salpetriere o las fotografías de alimentación forzada de los psiquiatras a las presas sufragistas en huelga de hambre (Showalter, 1985). Difícilmente, en la historia y la iconografía psiquiátrica, podemos imaginar esas escenas con los roles de género invertidos (doctoras trajeadas con autoridad, enfermeros obedientes y pacientes masculinos vulnerables…).

A diferencia de las representaciones en novelistas masculinos, donde la mujer con esquizofrenia aparece como musa de artistas surrealistas (*Nadja* de Breton), o de las interpretaciones de los anti-psiquiatras, en estas producciones escritas por mujeres no se romantizaba la locura, no constituía un "viaje renovador" o una res-

puesta poética (Showalter, 1985). Situaban la causa de la ruptura psíquica en los roles opresivos y limitados ofrecidos a las mujeres, y se centraban en la institucionalización y sus violencias como metáforas de control social sobre las mujeres. Más que presentar la locura-esquizofrenia como energía o fuerza revolucionaria, como forma deseable de rebelión más allá de la razón y la ley, se mostraba como comunicación o grito desesperado ante la falta de poder, y que era violentamente castigado (Showalter, 1985).

Para Chesler (2005) y Ussher (1991), la asociación de la antipsiquiatría entre locura y revolución política es igual de problemática que la asociación con el arte o la creatividad: el loco o la loca como héroe cultural o la idea de que la locura inspira el arte o está en la base de su creación. "Aunque la locura y el arte pueden ser ambos protestas o huidas ante formas de opresión, y aunque ambas experiencias implican dolor y son discriminados, yo todavía distingo entre los modos totalmente *invisibles* y *personales* de la locura y los potencialmente *públicos* y *tangibles* modos del arte" (Chesler, 2005: 156). Según Ussher (1991), el arte puede proteger a las personas de la locura a modo de sublimación; ser un alivio para la persona individual que expresa sus miedos y deseos indecibles a través de él. Pero este proceso creativo sanador no ocurre en mucha gente diagnosticada.

La resignificación de la locura feminista, situar a "la loca" como emblema de un panteón feminista, tiene mucho potencial pero también puede ser problemática (Ussher, 1991)[9]. Elaine Showalter (1985) sostiene que puede existir un continuo entre la histeria y el feminismo, y se centra para explicarlo en la biografía de Anna O o Bertha Pappenheim, que pasó de "inventar" la cura del habla como paciente de Bleuler y Freud a convertirse en una activista feminista traductora de *Vindicación de los derechos de la mujer* de Mary Wollstonecraft. La condición de posibilidad para ello sería la disponibilidad de un movimiento de mujeres que permitiera que la "protesta histérica o esquizofrénica" pudiera ser articulada, ofreciendo una alternativa potente a las estrategias autodestructivas y una forma colectiva de resistencia al orden patriarcal. Si la histeria o la esquizofrenia pueden considerarse como formas de resistencia a la definición de las mujeres dentro del orden social, el feminismo sería la condición de posibilidad y el canalizador necesario para romper el silencio histérico y dar un sentido biográfico y de género a la ruptura del yo, proporcionando el arrope colectivo que lleve a las mujeres a hablar y actuar en el espacio público (contribuyendo a cambiar las condiciones de opresión que producen sufrimiento psíquico). La lucha política feminista aparece, así como "terapéutica", y condición de posibilidad para canalizar el potencial transformador de la "locura" en las mujeres. Lo cual no obvia que el propio activismo genere sus propios malestares y conflictos subjetivos.

Por qué el feminismo importa a la locura

La locura y la práctica psiquiátrica, aunque centrales en la opresión de las mujeres, no han sido un objetivo clave desde la teoría crítica feminista o desde el activismo político feminista. Ni el feminismo institucionalizado ni la academia feminista se han interesado especialmente por la "locura". Para el feminismo de la segunda ola, por ejemplo, no parecía urgente interrogar al modelo médico de salud mental o al paradigma psiquiátrico y sus violencias hacia las mujeres (la cronificación, la anulación de la autonomía, la deshumanización en los psiquiátricos, etc.). La psiquiatrización de las mujeres no ha sido introducida pre-

cisamente en los cursos de teoría feminista; tampoco textos como los de Chesler, Showalter o Ussher han sido difundidos como otros cuyo contenido toca por ejemplo la sexualidad u otras violencias.

Mientras los cuestionamientos a la razón psiquiátrica se mezclaban con una idea romanizada de la "locura masculina" (por ejemplo, el recuerdo de la genialidad filosófica de algunos y la creatividad artística de otros); la "locura femenina" no parecía tener el mismo potencial de conocimiento. Tampoco en una teoría feminista institucionalizada que parecía relegar los contenidos sobre sufrimiento psíquico o experiencias psiquiátricas al segundo plano de lo literario o la auto-biografía (más como un "fuera de campo" del corpus teórico feminista). Si *Política sexual* y *La dialéctica del sexo* se convirtieron en dos textos por excelencia del feminismo radical de los 70, pocas teóricas feministas nombran, o incluso conocen, los textos de Kate Millett o Shulamith Firestone sobre sus experiencias de encierro: *The looney bin trip*[10] o *Airless spaces*. La teoría feminista no ha reconocido el potencial político y epistemológico de dichos relatos auto-biográficos (o bien por su género literario o bien porque fueron escritos desde el estigma de la "locura"). Pero en ambos hay mucho conocimiento sobre las consecuencias psíquicas de la precariedad de las mujeres, de la represión familiar o los amores destructivos, de los conflictos dentro del activismo feminista, así como de la intervención violenta de la (bio)psiquiatría, el estigma de la locura y su deslizamiento a una vida en la calle deshumanizada y en soledad (y el abandono cómplice del propio movimiento feminista).

Ambos relatos (especialmente el primero) solo han sido reconocidos desde la anti-psiquiatría y, como *María, o los agravios de la mujer* de Mary Wollstonecraft, *El empapelado amarillo* de Perkins Gilman o *La campana de cristal* de Sylvia Plath, solo parecen entrar en el corpus feminista vía literatura. Llama la atención la ausencia de respuesta feminista al libro de Millett *The loony bin trip (Viaje al manicomio)* donde abordó su experiencia en internamientos psiquiátricos, y el poco acompañamiento que recibió de las propias feministas al salir de éstos. Su narrativa sobre la implacable violencia psiquiátrica pudo haber impulsado críticas indignadas y acciones frente al sistema psiquiátrico como parte de la agenda política feminista. Pero no fue así. Al feminismo le parecían interesar más los debates sobre la teoría psicoanalítica, el discurso logocéntrico o la diferencia sexual (en su versión estadounidense –Mitchell o Chodorow– o francesa –Irigaray, Kristeva, etc.-) que el papel del psicoanálisis y sus profesionales en el modelo médico de salud mental o su utilidad para mujeres que experimentan sufrimiento psíquico. No obstante, sí hubo profesionales feministas que, desde dentro, criticaron las teorías y prácticas de las disciplinas psi.

En 1969, Phyllis Chesler sorprendía en la conferencia anual de la APA exigiendo "un millón de dólares 'en reparaciones' para aquellas mujeres que nunca habían sido ayudadas por los profesionales de la salud mental y que en cambio sí habían sido objeto de abuso: etiquetadas negativamente, sedadas, seducidas sexualmente durante tratamiento, hospitalizadas contra su voluntad, objeto de descargas eléctricas, lobotomías, y sobre todo, rechazadas como demasiado 'agresivas', 'promiscuas', 'depresivas', 'feas', 'viejas', 'desagradables' o 'incurables'" (en Chesler, 2005: 2-3). El acto fue cubierto por el *New York Times* bajo el título "Women criticize psychology unit" donde se descri-

bía la estupefacción de una audiencia de 2000 miembros de la APA incapaces de tomarse en serio la crítica a una psicoterapia que había "perpetuado la dominación masculina y contribuido a la enfermedad mental en mujeres". Fue la respuesta insensible e ignorante de esa comunidad de psicólogos hacia Chesler, la que impulsó su libro *Women and Madness* publicado en 1972[11].

El acto de Chesler era reflejo del despertar colectivo de mujeres feministas en psicología y psiquiatría posibilitado por la segunda ola del movimiento feminista. Las mujeres habían tomado conciencia como colectivo dentro de las disciplinas, planteándose su situación desigual como *sujetos* de conocimiento dentro de las comunidades científicas y las implicaciones que ello tenía en la "objetividad" con la que se abordaba a las mujeres y las relaciones entre los sexos como *objeto* de estudio. La homogeneización masculina, blanca y occidental del sujeto de la ciencia (y de la medicina y psicología) había creado muchos campos de ignorancia: mucha "falsa medida de la mujer" (siguiendo el título de Carol Tavris) y mucha ciencia sin hacer (por lo normativo incuestionado).

Psicólogas y psiquiatras feministas denunciaron la misoginia y el sexismo de las teorías científicas que situaban a la mujer como lo Otro inferior (con envidia del Uno) o como complementaria y esencialmente diferente al varón

Psicólogas y psiquiatras feministas denunciaron la misoginia y el sexismo de las teorías científicas que situaban a la mujer como lo Otro inferior (con envidia del Uno) o como complementaria y esencialmente diferente al varón. La crítica a la exageración de las diferencias se acompañaba también de la crítica al androcentrismo en dichas disciplinas: el sujeto masculino como referente neutro-universal de salud mental, quedando lo femenino o lo que afectaba a la experiencia de las mujeres invisibilizado, infravalorado o como "desviación de la norma" (Hare-Mustin y Marecek, 1994).

Al criticar las diferencias esenciales entre los sexos –la idea de la biología como destino-, psicólogas y psiquiatras feministas identificaron las condiciones opresivas (la importancia del contexto social, de la experiencia biográfica y de las relaciones de poder) que estaban en la base del sufrimiento psíquico de las mujeres y que provocaban su mayor presencia en las estadísticas sobre "trastornos mentales" (especialmente los afectivos, la ansiedad y la depresión). Más allá del dato de morbilidad diferencial –la idea de que las mujeres eran "más neuróticas" que los hombres *per se*-,las psicólogas feministas analizaron los determinantes psicosociales de los malestares (los "mecanismos psíquicos del poder" y sus consecuencias en la salud de las mujeres) e introdujeron la socialización de género en la explicación de las diferentes formas de reconocer, experimentar y expresar emociones, así como pedir ayuda u obtener recursos de afrontamiento (Sáez Buenaventura, 1979; Ussher, 1991; Chesler, 2005).

Junto a ello, cuestionaron los sesgos de género en la definición de las categorías diagnósticas (feminidad=depresión, masculinidad=TAP), los estereotipos de género de los profesionales en sus juicios clínicos (y sus dobles raseros en atribuciones, físicas en varones, psicológicas en mujeres ante la misma conducta) y las violencias en los tratamientos y la medicalización del sufrimiento de las mujeres (la mayor facilidad con la que psiquiatras recetan psicofármacos a mujeres, heredera de la mayor probabilidad de aplicar electroshock y psicocirugías) (Ussher, 1991, 2013).

En el ámbito clínico, las feministas criticaron especialmente la patologización de la ira en las mujeres y las explicaciones que las culpabilizaban (en la versión "la culpa es de las madres" o "la mujer provoca la violencia sexual que sufre o, *en el fondo*,

desea"). También denunciaron el "barbarismo físico" del tratamiento psiquiátrico o unas terapias privadas que, en sus diferentes modalidades, tenían en común psicologizar y patologizar los malestares de las mujeres producto de desigualdades (el problema estaba en su mente), ciegas a las relaciones de poder y las relaciones de género (la mirada masculina como mirada neutra) y ajenas a la experiencia subjetiva de las mujeres (Ussher, 1991). El eslogan de los 70 "No la puedes liberar, pero sí hacerla menos ansiosa", del ansiolítico Serax, que mostraba a una mujer comiéndose las uñas ante las perspectiva de una cárcel doméstica con barrotes de fregonas y trapeadores, representaba perfectamente la solución ofrecida por la psiquiatría al malestar de las mujeres. Por otro lado, junto con los movimientos LGTB, las feministas también criticaron y se manifestaron en contra de la patologización del lesbianismo (y posteriormente la transexualidad) y de la "invención" o "promoción farmacéutica" de disfunciones sexuales femeninas (Herman, 1994; Tiefer, 2006).

La naturalización de las relaciones sexuales entre paciente y terapeuta probablemente fuera el mejor ejemplo del sexismo y machismo en el ámbito clínico, y de la ausencia de un análisis claro de las relaciones de poder. En 1974 la psicoterapeuta feminista Rachel Hare-Mustin publicó un artículo que abordaba la falta de ética del "uso del contacto sexual en psicoterapia", en un momento en el que no pocos terapeutas (masculinos) consideraban que ofertar relaciones sexuales podría beneficiar a la paciente o lo justificaban apoyándose en que era la paciente la que les seducía y disfrutaba con ello[12]. Gracias a las presiones de las psicólogas feministas, se llevaron a cabo investigaciones sobre las consecuencias de esta práctica, muy parecidas a las de una violación (ira, sentimientos de culpa, flashbacks, indefensión, tristeza, problemas con los límites, etc.); y se consiguió que en 1977 la APA cambiara sus estándares éticos, prohibiendo explícitamente el sexo con pacientes (Hare-Mustin, 2017).

Por otro lado, en las comunidades terapéuticas de la anti-psiquiatría, la represión sexual familiar parecía cegar las relaciones de poder (entre los sexos y otras) y la "terapia de cama" se proponía como "culminación de la relación" y modelo de contacto liberador más allá de la cura del habla –eso sí, entre líderes "anti-líderes" masculinos con chicas más jóvenes– (Cooper, 1978). La anti-psiquiatría, que situaba los procesos de malestar dentro de un contexto social, les daba sentido y los validaba, y situaba la "enfermedad mental" como un constructo político de control social, tenía un potencial feminista que fue desperdiciado. Probablemente porque, como en la psiquiatría, no dejaba de estar dominada por hombres –y por psiquiatras– con escasa o nula perspectiva de género o política sexual en la interpretación de sus historias. Se volvía a repetir el patrón de una mirada y un modelo neutro-masculino aplicados a "casos de mujeres". El argumento de situar la locura en la familia, no en la persona, irremediablemente apuntaba el foco en la madre (el rol del padre en la misma familia era ignorando) y la influencia de los procesos sociales más amplios sobre los conflictos internos de las mujeres parecía desapercibido[13].

El argumento de situar la locura en la familia, no en la persona, irremediablemente apuntaba el foco en la madre (el rol del padre en la misma familia era ignorando)

Como analizó Chesler (2005), Laing no supo apreciar en *Cordura, locura y familia* que sus historias de "familias esquizofrénicas" no eran atípicas, eran "más de lo mismo" en su forma extrema, repetían un patrón de género presente en la mayor parte de las familias: hijas reprimidas intelectual y sexualmente, padres autoritarios, división profunda entre madre e hija (que les hace preferir al marido-padre, a pesar

de su tiranía), un obsesivo control materno hacia la hija junto con falta de afecto y un sacrificio de ambas por la estabilidad familiar. Desde una mirada masculina, las mujeres y sus familias se presentaban en un marco donde los roles de género no se cuestionaban (por ejemplo, la ira de una de ellas hacia su marido era interpretada por Laing como "inexplicable" y no era tomada en serio). No es casual que fuera una mujer, Franca Basaglia (1983), la que introdujera esta mirada haciendo ver que en "la madre" también había una subjetividad relacionada con la estructura sociopolítica patriarcal. Tampoco es casual que haya sido olvidada y no sea reconocida entre *los* defensores de la anti-psiquiatría.

En definitiva, ni la psiquiatría ni la anti-psiquiatría fueron receptivas a las críticas feministas (no hay más que ver su no-presencia en manuales de formación o en ensayos críticos), pero tampoco el feminismo académico o institucional prestó una adecuada atención a las supervivientes de la psiquiatría y de sus violencias.

En definitiva, ni la psiquiatría ni la anti-psiquiatría fueron receptivas a las críticas feministas

Pero tampoco el feminismo académico o institucional prestó una adecuada atención a las supervivientes de la psiquiatría y de sus violencias

"Lo personal es político" y sus derivas terapéuticas: de la locura al malestar

Si bien el feminismo de la segunda ola no incorporó los derechos de las mujeres psiquiatrizadas como parte de su corpus teórico o agenda política, sí generó herramientas teóricas y metodológicas para politizar el malestar.

La década de 1970 inicia con la publicación de un texto que se convertiría en uno de los máximos referentes del feminismo de la segunda ola: "Lo personal es político". Formaba parte de *Notas del segundo año: 'Liberación de la mujer'*, trabajo colectivo editado por Shulamith Firestone y Anne Koedt. Entre otras cosas, Carol Hanisch, autora del texto (no así del título-lema, cuya autoría se atribuye a las editoras), denunciaba que los malestares que experimentaban las mujeres se vivían como asuntos personales (y en privado) sin realmente serlo. Las características de dichos malestares eran comunes entre muchas mujeres, lo cual quería decir que se conectaban estrechamente con la estructura política de subordinación, especialmente establecida en los parámetros de la clásica división entre lo privado-femenino entendido como inferior; y lo público-masculino entendido como superior. No sólo eso, sino que los mismos malestares eran interpretados y tratados con base en un modelo androcéntrico fuertemente individualizado por la psicología y afines.

Ya desde el primer párrafo, Hanisch (1969) introducía el debate conceptual entre la "terapia" y la "política" o "lo personal" y lo "político" que surgió a partir de los grupos creados por mujeres dentro de la izquierda. Para las feministas radicales, los grupos de toma de conciencia no eran terapia, no buscaban soluciones personales, si bien podían tener efectos terapéuticos y, en ese sentido, podrían ser una especie de "terapia política":

> "La palabra 'terapia' es evidentemente inapropiada si se lleva a su definición lógica. La terapia supone que alguien está enfermo y que en ella está su cura como, por ejemplo, una solución personal. Me ofende enormemente que yo o cualquier otra mujer piense en necesitar una terapia en primer lugar. Las mujeres tenemos problemas, ¡no estamos enfermas! ¡Lo que necesitamos es que cambien las condiciones objetivas, no ajustarnos a ellas y la terapia se está acomodando como alternativa al malestar personal!" (Hanisch, 1969).

Si "lo personal es político", una frase creada por nadie y por todas al mismo tiempo (Brunch, 2012), se convirtió en la consigna del movimiento feminista por la liberación; los grupos de toma de conciencia fueron su metodología. La autoconsciencia, como ejercicio de reflexión en grupo a partir del intercambio horizontal de experiencias, dejaba claro cómo los malestares conectan con la subordinación social de las mujeres en términos estructurales (Marecek, 2017). Tal reivindicación suponía traer lo político al plano de las experiencias personales: explicar los malestares, inquietudes o deseos a través de un contexto que para las mujeres había sido particularmente opresor.

Así, al margen de las instituciones y de la autoridad de los profesionales en medicina (y con resistencias por parte de sus compañeros de izquierdas que los percibían como "reuniones de tacitas" para contar problemas personales), surgieron los grupos de autoconciencia entre mujeres. Específicamente en el terreno de la salud, retomaban la autoridad sobre sí mismas y sobre sus cuerpos. Como dijo Dorothy Tennov (1973), "abrieron sus cuerpos y vaginas y complementaron el conocimiento médico". Y así, a partir de la primera persona del plural, que resaltaba la experiencia compartida tanto de subordinación como de agenciamiento, surgía otra de las consignas del movimiento por la liberación de las mujeres: "nuestros cuerpos, nuestras vidas"[14]. Casi sin sospecharlo, en los grupos de autoconciencia, la recuperación de los cuerpos se combinó con un cuestionamiento colectivo, político y terapéutico de los malestares psíquicos. Era la materialización de los esfuerzos por alcanzar una "toma de consciencia", también conocida como "C-R" (*consciousness-raising*), como condición para la transformación.

En los grupos de autoconciencia, la experiencia del día a día como resistencia al androcentrismo de las "ciencias de la salud" era el foco de discusión (Tuana, 2006). Estaban liderados por mujeres y daban servicios a mujeres, pero hacían también campañas de información pública para hacer conciencia sobre asuntos particulares, al tiempo que brindaban asesoría legal (sobre métodos anticonceptivos, aborto, divorcio, etc.). Los primeros centros de planificación familiar en el contexto español surgen de dicha filosofía, así como los primeros grupos psicoterapéuticos para mujeres, con una estructura no jerárquica. Las mujeres podían compartir su sabiduría y sus experiencias vitales con otras mujeres, y así emanciparse mutuamente (Sáez Buenaventura, 1988).

Pero, aunque muchas feministas situaban los grupos de toma de conciencia como el sustituto o antídoto político de la terapia, algunas terapeutas feministas tomaron los grupos de concienciación como modelos de una nueva forma de terapia (Marecek, 2017). Una terapia para la que el cambio personal (y los objetivos del tratamiento), la acción social y el cambio político estaban unidos, y donde identificar el sexismo y sus efectos en las biografías de las mujeres era un factor activo en el proceso de tratamiento. Para ello, el rol de la terapeuta tenía que ser más horizontal, menos autoritario y más facilitador (de "acompañamiento" que diríamos ahora). Se iniciaban así las bases de las "terapias feministas", que no se quedaban en "terapias no sexistas" (Hyde, 1995). O de los grupos de mujeres creados y dirigidos por profesionales feministas que abordaban "malestares" desde el análisis social de las relaciones de poder sin patologizar a las mujeres, reconociendo así sus deseos y subjetividades en un *continuum* biográfico (Sáez Buenaventura, 1988; Burin, Moncaraz y Velázquez, 1990).

Si "lo personal es político", una frase creada por nadie y por todas al mismo tiempo (Brunch, 2012), se convirtió en la consigna del movimiento feminista por la liberación; los grupos de toma de conciencia fueron su metodología

Algunas terapeutas feministas tomaron los grupos de concienciación como modelos de una nueva forma de terapia (Marecek, 2017). Una terapia para la que el cambio personal (y los objetivos del tratamiento), la acción social y el cambio político estaban unidos

"por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión; por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado"

En 1988, en el Seminario Internacional sobre malestar psíquico de las mujeres celebrado en Roma, las feministas señalaron la necesidad de explicar la distinción entre el concepto de sufrimiento y el de enfermedad: "por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión; por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado" (en Burin et al., 1990: 35). En el contexto argentino, Mabel Burin propone el concepto de "malestar de las mujeres", desde lo que ella llama un "modelo tensional-conflictivo", como alternativa al modelo patológico. La salud mental de las mujeres podría caracterizarse en términos de conflicto: "conflictos impuestos al sujeto mujer por su tensión con la realidad de una cultura patriarcal que produce modos específicos de enfermar para el género femenino" (1990: 40). Es necesario no solo nombrar el malestar, sino otorgarle un sentido biográfico y considerar también los modos de resistencia que las mismas mujeres ofrecen a las condiciones de opresión. Para ello propone los"talleres o grupos de reflexión" de mujeres como "agentes de salud" (de información, denuncia o concientización) como alternativa feminista ante el problema del mayor consumo de psicofármacos en mujeres[15]. En los grupos, las participantes analizan las relaciones de poder y sus efectos sobre los modos de enfermar, con el objeto de transformar las condiciones de vida que producen dichos modos de enfermar. Burin parte de la necesidad de la construcción de una subjetividad femenina basada en la participación social y en el concepto de mujeres como sujetos sociales.

En la década de los 80, en el contexto español, Carmen Sáez Buenaventura (1988) también creó y organizó los "grupos de terapia de orientación feminista" ("para amas de casa con depresión"), inspirados en los grupos de autoconciencia del movimiento de liberación de la mujer. Grupos basados igualmente en el intercambio libre de las experiencias de sus participantes, así como en la discusión y debate de los conflictos (individuales o colectivos) desde el principio de que "lo personal es político". Como señalaba en *Sobre mujer y salud mental*, al romper su silencio, las mujeres adquirieron conciencia de la existencia de elementos objetivos en su vida diaria que permitían explicar sus malestares o sufrimiento psíquico.

En ambas derivas terapéuticas de los grupos de auto-conciencia, la práctica grupal consistía en indagar en un tema, explicitar tensiones y, como consecuencia, que emergiera la "conciencia de género" que implicaba desnaturalizar situaciones opresivas de las mujeres (González Oddera, 2018). Se trataba de iniciativas feministas unidas al movimiento de salud mental, y en todos los casos no se dejaba de insistir en que las condiciones de vida de las mujeres, en especial su vida cotidiana, repercutían de modo decisivo en su sufrimiento psíquico. Algo que además se producía atravesado por la clase social.

Los grupos de auto-conciencia feminista han sido una oportunidad desperdiciada por la anti psiquiatría, probablemente debido al androcentrismo de ésta. Representaban una narrativa alternativa a la biopsiquiatría y la psicologización; aportaban explicaciones más allá de la psique, pero también más allá de la aparente "neutralidad" de las estructuras socio-políticas. Las experiencias de las mujeres eran específicas, y estaban fuertemente influenciadas por un contexto social, político e histórico de subordinación que inevitablemente producía malestares diferenciales.

Igual que para la anti psiquiatría, para el feminismo los malestares no podían reducirse a clasificaciones biomédicas o psiquiátricas: "Los diagnósticos no son otra cosa que etiquetas políticamente utilizables, que, a su vez, protegen las estructuras sociales y de poder" (Marecek, 2017). No obstante, la idea de que "lo personal es político" conlleva una revisión del androcentrismo no parece haber calado lo suficiente. Especialmente en el espíritu post-revolucionario de mayo del 68, cuando la anti-psiquiatría defendía que:

> "Cualquier revolución que quiera tener en cuenta las verdaderas necesidades del hombre, tiene que considerar la opresión psicológica, rompiendo la dicotomía entre lo individual y lo político: debe llevar la subversión a la esfera privada, la familia, la ciudad, el ocio" (Desviat, 2006: 9).

Las "verdaderas necesidades del hombre", así como el significado de la "esfera privada", la "familia", el "ocio" y la "ciudad", no son neutras ni mucho menos homogéneas. De nuevo, el masculino genérico y su sesgo androcéntrico invisibiliza e impide atender las diferencias de las mujeres como colectivo, omitiendo sus situaciones corporales, psicológicas y sociológicas; y también su historiografía (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017). Considerando esta trayectoria de resistencias a las *disciplinas psi*, es una pena que la "politización del malestar" se plantee como una "nueva cuestión social" (López Petit, 2009) sin reconocer el legado del movimiento feminista. También que, a estas alturas, relatores especiales de la ONU defiendan de manera contrahegemónica que "la depresión se debe más a las desigualdades de poder que a un desequilibrio químico", lo que se ejemplifica en el caso de muchas mujeres (en Arriola, 2018). Ambas conclusiones fueron la base del feminismo de la segunda ola, pero no parecieron calar en el corpus psiquiátrico o anti-psiquiátrico.

Por otro lado, si la base del malestar está en las relaciones de poder, ¿es posible unir el concepto de terapia con el de feminismo? El debate se actualizaba.

Debates feministas sobre la terapia feminista

En la década de 1970, el debate sobre "la locura" y los servicios psiquiátricos estaba liderado por los anti-psiquiatras, centrado en la desmanicomialización y en cierta romantización de la locura (y ciegos a las desigualdades de género). Mientras tanto, los movimientos feministas, ciegos a las violencias psiquiátricas, estaban centrados en conectar los malestares de las mujeres con las condiciones políticas de desigualdad. Junto a ello, criticaron la psicoterapia como dispositivo regulador y difusor de prejuicios de género (Tennov, 1973): no sólo reproducía una relación desigual, donde no eran inusuales los abusos de poder, sino que, con frecuencia, se sumaba al contexto de opresión por género, o como mínimo lo omitía.

Cualquier revolución que quiera tener en cuenta las verdaderas necesidades del hombre, tiene que considerar la opresión psicológica, rompiendo la dicotomía entre lo individual y lo político

Para algunas feministas, existían buenas razones para sospechar de la psicoterapia (Ussher, 1991). Históricamente, la psicología o la psiquiatría no han sido más que "sexismo disfrazado de ciencia" (Herman, 1995). Como ya hemos descrito, la psicoterapia no es neutra de género, está basada en los principios patriarcales y con frecuencia apoya una cultura patriarcal y misógina. Por lo mismo, la posición antiterapia ha estado muy presente en los discursos feministas, así como su idea de que la práctica de la terapia no es compatible con los objetivos del feminismo. Desde esta perspectiva, la traducción de la opresión en enfermedad o patología durante el curso de la terapia es una forma de reescribir la vida de las mujeres y su dolor, dentro de un marco que oculta el control misógino, y que las guía para que se conformen (Ussher, 1991). Para Sheila Jeffreys (1987), la terapia representa una estrategia patriarcal para ajustar o reconciliar a las mujeres con su situación de opresión: el antídoto frente a la transformación social. Para esta autora, la terapia diluye y privatiza el dolor y la rabia que el patriarcado genera en las mujeres y que es el combustible necesario de la revolución feminista; canaliza las "emociones feministas" por otras vías, en lugar de dirigirlas hacia el opresor. Mary Daly (1979) es todavía más explícita en su rechazo a la terapia catalogándola como una "violación a la mente" de las mujeres. Patologizar a la mujer individual es neutralizarla como amenaza al orden dominante. No existe necesidad de mirar a la sociedad, a los factores políticos, o de comprender y mejorar su situación. La normalidad terapéutica desprecia su queja o su ira (en Ussher, 1991).

Pero, ¿qué ocurre cuando la psicoterapia es realizada por una mujer feminista hacia otra mujer? El movimiento feminista de los años 70's giraba en torno a la liberación de las mujeres y, para ello, era necesario reforzar el agenciamiento. La presencia de una persona que se posicionara como terapeuta podía ser un obstáculo para dicho objetivo: una "profesional" de la psicoterapia es por definición más experta que la propia "paciente"; lo cual no podía más que contradecir el camino a la emancipación. Esto generó un nuevo debate, cuya vigencia se ha extendido hasta la presente década: considerando que el propio contexto de la psicoterapia reproduce el desequilibrio de poder, lo cual interfiere con el proyecto de liberación de las mujeres, ¿es posible una terapia feminista? Y en caso afirmativo, ¿cómo?

Para muchas mujeres, el feminismo en sí mismo ha tenido efectos terapéuticos: la toma de conciencia y la politización de sus malestares ofrece las condiciones subjetivas para una transformación individual y social. Y, al contrario, el repunte de demanda de terapia en las mujeres y en las propias feministas constituye un indicador de que el movimiento feminista "va mal". Por otro lado, y como ya señalamos, el propio movimiento feminista no ha atendido suficientemente los malestares del activismo y sus conflictos internos, así como ha descuidado a las supervivientes de la psiquiatría. En este contexto, la posición "anti-terapia" obliga no solo a las terapeutas, sino a las propias "usuarias", a defenderse frente a la acusación de perjudicar al feminismo, y las ubica en su discurso como "no-feministas".

Para Tamsin Wilton (1995), es una perspectiva *capacitista* (y un indicador de la ignorancia de algunas feministas respecto al malestar, la diversidad funcional o los problemas de salud mental) ir en contra de los psicofármacos o la terapia *per se*, ya que oprime a aquellas que pueden obtener beneficio de la medicación o la terapia. Para esta autora, el malestar psíquico

puede ser tan incapacitante como estar físicamente enferma o tener los huesos rotos. Lo explica así: "Cuando estamos enfermas no necesitamos que se nos diga que nuestra lucha por la supervivencia nos distrae de la 'verdadera' lucha" (1995: 35). La salud física y mental, así como las posibilidades de accesibilidad en el espacio y en la comunicación, van antes de que la actividad revolucionaria sea posible. Si no, se corre el riesgo de que la actividad revolucionaria sea llevada a cabo *por otras* cuando una está enferma, o bien, cuando una está internada o impedida por las condiciones del espacio o la comunicación, omitiendo así mismo a las mismas personas como *sujetos políticos* (Wilton, 1995).

No obstante, desde la posición feminista anti-terapia, toda forma de psicoterapia es presentada como individualista y antipolítica *per se*, ya que defiende los intereses del *profesionalismo* (Tennov, 1973). La psicoterapia feminista en ese sentido sería un oxímoron. La psicoterapia, al situar nuevamente a las mujeres en el centro de su conflicto, contradice la consigna de "lo personal es político". Un ejemplo sería el énfasis en el uso del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático como diagnóstico femenino por excelencia en la década de los 80's (Marecek, 2017): a pesar de intentar denunciar las consecuencias de la opresión de género, tarde o temprano psicologiza el malestar, ya que pone el foco en la detección y reducción de síntomas internos (Summerfield, 2001).

Otras feministas, en cambio, consideran que la psicoterapia con perspectiva feminista puede ser una potente herramienta para conectar la subordinación en lo político con el malestar personal. Y con esto, liberar: pasar del "trauma a la recuperación" en términos de Judith Herman (2004). Siguiendo el ejemplo anterior, el

Pinta Malasaña, 2018.
Átopos PND

énfasis en el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático y el estudio de la historia del trauma permiten mirar las causas externas del sufrimiento, y no tanto los síntomas individuales, si se utiliza con un enfoque feminista. Es decir, una perspectiva feminista aplicada en la psicoterapia puede servir para explicar a las mujeres que el problema no está en ellas (en su psique, su cognición, su cerebro o su falta de conocimiento sobre sí mismas), sino que la raíz de sus malestares está conectada con una estructura de poder. La psicoterapia feminista se propone como herramienta capaz de conectar lo personal con lo político, cuyo resultado puede ser crear una conciencia feminista, un activismo feminista, una solidaridad feminista, o por lo menos, una actitud de rechazo ante las injusticias sociales. La "psicoterapia de acción social" de Sue Holland (1992), por ejemplo, propone un programa de intervención como un movimiento dinámico (de varios pasos) donde de forma progresiva se pasa del "síntoma privado a la acción pública" y que implica tanto a la "profesional" como a la "paciente".

Pero esto no resuelve el otro problema, especialmente señalado por Dorothy Ten-

nov (1973): el profesionalismo. La subordinación que ocurre a nivel estructural se reproduce no sólo en el discurso de la psicoterapia, sino en la dinámica misma: en la relación que se establece entre la "terapeuta-experta-profesional" y la "clienta-paciente-lega". Entonces ¿cómo alcanzar verdaderamente la liberación y la autonomía dentro de esta relación de poder desigual? Las terapeutas feministas no son ajenas a esta relación de poder y han intentado diferentes metodologías para que no se idealice su figura (como fuertes o poderosas) o las propias expectativas respecto a la función de la terapia (mujeres necesitadas de terapeutas que tienen el saber) (González de Chávez, 1993). Ello implica no sólo redefinir el conflicto en términos sociales, sino redistribuir el poder en la terapia como compromiso con la redistribución de poder dentro de la sociedad (Brown, 1992). "Ayudar a las mujeres a transformar los aspectos opresivos de sus vidas exige eliminar los aspectos opresivos de la terapia" (Sáez Buenaventura, 1988: 42). El adjetivo feminista en terapia conlleva un uso responsable y situado del poder y revisarse constantemente los privilegios en el proceso. También tirar de estructuras colectivas lo menos jerárquicas posibles y lo más tolerantes para que las mujeres puedan expresar libremente sus deseos, ira o protestas y las propias terapeutas se revisen. Ello implica reconocer el conocimiento en primera persona y socializar el conocimiento "profesionalista": "El objetivo no es negar el conocimiento y el poder que conlleva, sino socializar el poder, proveer a la paciente de instrumentos de análisis que le permitan comprender las causas de su sufrimiento y buscar vías de transformación" (González de Chávez, 1993: 283).

"Ayudar a las mujeres a transformar los aspectos opresivos de sus vidas exige eliminar los aspectos opresivos de la terapia" (Sáez Buenaventura)

Probablemente los GAM (o Grupos de Ayuda Mutua) generados por el propio colectivo "en primera persona" como alternativa a la excesiva medicalización y como respuesta a las relaciones de poder desiguales ante los profesionales, han sido las derivas más relacionadas con los principios de los grupos de auto-conciencia feminista de la segunda ola. Los GAM ofrecen otros lugares desde los que politizar el sufrimiento psíquico que no sean la terapia y que sean terapéuticos para las mujeres: la "terapia política" de los grupos de concienciación. A su vez permiten dar respuesta a la pregunta que planteara la psicoterapeuta feminista Laura Brown (1992) ante las críticas a la terapia: "y mientras llega la revolución, ¿qué hacemos?". Si la desigualdad de género es la norma, seguirá habiendo malestares que serán, a su vez, tratados en clínicas cuyo enfoque nuevamente encapsulará los problemas políticos de género como un asunto individual.

Angela Davis

En su versión feminista, generalmente cuando no son mixtos, las mujeres en los GAM pueden ayudarse entre ellas mismas a la toma de conciencia en un ejercicio de cuidados distribuidos y colectivizados (Plaza, 2018). A través del intercambio de experiencias en primera persona y sus propias dinámicas de sensibilización, las participantes comprenden su realidad,

ponen nombre a sus malestares silenciados, dan sentido y significado a lo que les pasa o les ha pasado, adquieren conciencia de género y amplían su horizonte de acción.

Por otro lado, los GAM generan no solo conocimiento al interior del grupo, sino también al exterior (difundido mediante webs, guías, documentales, talleres, formaciones, etc.); un conocimiento híbrido experto-experiencial que les permite, a su vez, poder formar a profesionales dispuestos a escuchar para transformar sus prácticas (García Dauder, 2018). Un tipo de "activismo basado en la evidencia" que, a su vez, provoca evidencia basada en el activismo (Rabeharisoa, Moreira y Akrich, 2014).

La psicologización de lo político y la politización de la locura

No pocas psicólogas y psiquiatras feministas se han planteado el dilema "activismo *versus* terapia", ya sea como profesionales de la salud o como mujeres con sufrimiento psíquico, lo cual ni mucho menos es excluyente.

> "Comprometidas con la práctica feminista somos excluidas de la categoría de 'psicólogas'. Practicando como 'psicólogas' dejamos de actuar como feministas (...) El híbrido 'psicología feminista' puede ser conceptualmente coherente *o bien* a través de una politización de la psicología, *o bien* a través de una despolitización del feminismo" (Kitzinger, 1990: 124 y 132).

¿Qué tiene la terapia, tal y como está definida, que ofrecer a las feministas? ¿Y qué respuesta alternativa ofrece el feminismo, tal y como está definido, a las mujeres con sufrimiento psíquico? Para Ellen Herman (1995), a través de su recorrido histórico, el conocimiento psicológico puede aportar una dimensión poderosa a movimientos sociales como el feminismo. Y su potencial liberador proviene de su capacidad para abordar la *experiencia subjetiva*. La dicotomía entre lo interno y lo externo, en la que se basan las críticas a la psicología, es falsa e inútil: el conocimiento psicológico puede ser también emancipador y movilizar a la gente para el cambio (Herman, 1995).

Para otras feministas, como hemos señalado, terapia y feminismo tienen valores y objetivos incompatibles, y subrayan los peligros de co-optación y desinflamiento político que puede implicar el encuentro entre ambos. Para Kitzinger (1990), en lugar de subvertir o sustituir la psicología, como inicialmente intentaron las feministas de la segunda ola con los grupos de autoconciencia, muchas profesionales han adoptado el lenguaje psicológico como suyo y lo han introducido en el vocabulario político feminista: conceptos como empoderamiento, autoestima, resiliencia o buena parte del lenguaje emocional y "yoico". Según esta autora, fueron precisamente psicólogas o psiquiatras feministas las que primero ofrecieron conceptos "personalizados" a las comunidades feministas, contribuyendo al peligroso desplazamiento del feminismo como movimiento político a "estilo de vida" o "estado de mente".

De esta forma, las disciplinas psi han contribuido a la despolitización del feminismo. *"Lo personal es político" de la política feminista*, donde los detalles cotidianos de la vida de las mujeres eran objeto de discusión política, está dando paso a *"lo personal es político" de las disciplinas psi*, que implica que asuntos

Los activismos en primera persona reivindican el derecho a decidir sobre los propios cuerpos y vidas, así como por el reconocimiento de las biografías y las experiencias como *saberes expertos*

políticos son reducidos a cuestiones psicológicas individuales. Se mantiene así lo personal en personal y lo político como personal también (Kitzinger y Perkins, 1993). La necesidad de teorizar los mecanismos psíquicos del poder no puede llevar a teorizar el poder o las opresiones en términos individualizados y privatizados (como si la revolución o la liberación tuvieran que venir desde dentro de la persona). El activismo no puede ser sustituido por una movilización cuyo protagonista sea un yo-emocional.

Desde un paradigma neoliberal, podemos pasar de politizar la salud (la salud es política) a sanitarizar –y con ello psicologizar e individualizar– lo político

Desde un paradigma neoliberal, podemos pasar de politizar la salud (la salud es política) a sanitarizar –y con ello psicologizar e individualizar– lo político. Cada vez más conflictos sociales o políticos terminan en la consulta individual (siempre y cuando se tenga el suficiente poder adquisitivo) o en los psicofármacos. Por otro lado, hasta el DSM ha co-optado el propio concepto de malestar: su quinta edición está llena de "malestares clínicamente significativos" que, aunque sean producto de desigualdades sociales se conceptualizan como trastornos (la transexualidad es un claro ejemplo de ello).

Para evitar esta tendencia y mantener la perspectiva crítica, sigue siendo necesario reconocer el papel de los movimientos sociales y los activismos en la generación de conocimiento crítico y la transformación y revisión de las disciplinas. Un ejemplo de ello son, actualmente, los movimientos activistas "en primera persona"[16] o "sobrevivientes de la psiquiatría", cuyas demandas y reivindicaciones politizan y despatologizan la locura[17] (lejos del rol pasivo asociado a la "enfermedad") y cuyo conocimiento experto/experiencial está actuando como correctivo epistémico en disciplinas como la psicología o psiquiatría. Herederos del activismo de la estadounidense Judi Chamberlin (1978)[18], pionera en la defensa de la autonomía y la autogestión de las personas con experiencias psiquiátricas, el colectivo reivindica su derecho a decidir sobre sus propios procesos terapéutico o sanadores. Así mismo, sucesores del lema de la década de los 90's, "Nada sobre nosotros sin nosotros" (Charlton, 2000), que emergió en el Movimiento de Vida Independiente autogestionado por personas con diversidad funcional; los activismos en primera persona reivindican el derecho a decidir sobre los propios cuerpos y vidas, así como por el reconocimiento de las biografías y las experiencias como *saberes expertos*.

Se trata de formas de activismo loco, de "curactivismo" o activismo que sana en palabras de Patricia Rey: se trata de "sanar en común y sanar nuestras comunidades" (Rey, 2016). Para ello, es necesario que "la sociedad escuche las historias que las personas que enloquecen tienen que contar": si la locura debe ser escuchada para el "diagnóstico" de una sociedad (y de las propias disciplinas), el feminismo también debería escuchar más a las "locas" para el diagnóstico del machismo y sus violencias (Rey, 2016).

Por ejemplo, las experiencias de "escuchadoras de voces" (cuestión tradicionalmente vista como "síntoma" de "enfermedad mental grave" que debía eliminarse) son retomadas y re-elaboradas de manera autobiográfica, transformándose así en una fuente importante de agenciamiento y de sentido de vida. "Las voces en mi cabeza", como las llama Eleanor Longden (2015) miembra del movimiento de escucha de voces (*Hearing Voices*), son parte de su propio "viaje"; pero no por eso son reductibles al discurso biopsiquiátrico ni a la pura estigmatización social. También son parte de su proceso de agenciamiento:

> "Había sido diagnosticada, drogada y desechada. Fue entonces cuando, atormentada por las voces, intenté hacerme un agujero en la cabeza para sacarlas de ahí. Ahora mirando hacia atrás, a los escombros y la desesperación de aquellos años, me parece como si alguien hubiera muerto en ese lugar, y sin embargo, también alguien se salvó. Una persona rota y angustiada comenzó allí un viaje, y la persona que surgió de él fue una sobreviviente que, en última instancia, se convertiría en la persona que yo estaba destinada a ser" (p. 6).

A la par del movimiento de escucha de voces, surgen en este contexto los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como "un espacio de escucha y comprensión, donde diversas personas que compartimos un mismo problema, de dificultad o preocupación nos reunimos para intentar superar o mejorar nuestra situación" (Sampietro y Sicilia, 2018: 8). En este ejercicio colectivo es posible "abandonar el rol de enfermo" (ibidem), al entablar relaciones no jerárquicas que intercambian experiencias, comprendidas todas ellas como conocimientos igualmente válidos. Los GAM van más allá de los tradicionales grupos de autoayuda, en principio porque sustituyen el prefijo "auto", que sugiere la priorización de un conocimiento o crecimiento unilateral, por el adjetivo "mutuo" que prioriza la reciprocidad y lo colectivo.

Pero, ¿qué ocurre con los malestares de las mujeres psiquiatrizadas? Que por así decirlo, han sido doblemente desplazadas: del corpus teórico-político del feminismo por psiquiatriazadas y de la antipsiquiatría por mujeres. En el monográfico "Las voces que hay que oír" de la revista *Mujeres y Salud*, el colectivo Las Bucles (2015: 51) nos comparte:

> "Venidas de muchos lugares y aterrizadas en la ciudad-desorden de Barcelona, unas cuantas desequilibradas nos hemos encontrado y hemos decidido emprender un viaje juntas bajo el nombre de Las Bucles (Boges Ultravioletes Conspirant Lluites Excèntriques per Sobreviure). Somos un colectivo recién nacido que empieza a caminar con muchas preguntas, dudas e inquietudes, y que pretende reflexionar en torno a la "salud mental", a las prácticas antipsiquiátricas y a los feminismos".

Así mismo, sobre la dinámica de los GAM no mixtos (espacios de seguridad que algunas mujeres deciden hacer para reforzar la horizontalidad), Marta Plaza (2018: 23), feminista activista en primera persona, también nos cuenta:

> "De ahí que sean tan positivos para nosotras los espacios de seguridad. (...) En realidad, ni en las consultas médicas ni en otros ámbitos: desde el propio entorno familiar y afectivo, donde se nos tacha con frecuencia de perezosas, de llamar la atención, de manipuladoras, etc., hasta espacios activistas donde se separa radicalmente lo emocional de lo político y, 'por favor, si tan triste/rara/alterada estás hoy, no vengas a la asamblea, que aquí se viene a currar' (defendiendo a la vez el discurso de que "lo personal es político" en un acto de incoherencia curioso)".

A la par del movimiento de escucha de voces, surgen en este contexto los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como "un espacio de escucha y comprensión

En este mismo texto, donde aborda la experiencia de autogestión de GAM's no mixtos, la activista explica: "Nadie debe dejar de ser *sujeto político* por estar en una situación de especial vulnerabilidad", lo que en este caso se aplica a las vulneraciones o violencias vividas en la asistencia bio psiquiátrica más tradicional (y vigente).

"Nadie debe dejar de ser sujeto político por estar en una situación de especial vulnerabilidad"

Terminamos con un cuestionamiento clave en nuestro recorrido: la psiquiatría, aparte de haberse legitimado históricamente desde un conocimiento androcéntrico y cientificista, ha establecido su saber experto desde un modelo o valores fundamentalmente occidentales, recientemente traducidos en un proyecto por la "Salud Mental Global" (Patel y Prince, 2010). Desde una perspectiva crítica, este movimiento iniciado en la década de los 90 corre el riesgo de reducirse a la mera "globalización del modelo biomédico" del norte hacia el sur global (Saraceno, 2018; Mills y Fernando, 2014; Summerfield, 2008), cuya autoridad continúa recayendo especialmente en la figura del psiquiatra[19]. Ante este panorama, han sido múltiples las investigaciones con perspectiva crítica, feminista y decolonial que alertan sobre el riesgo de extirpar los saberes, las costumbres y las autoridades locales (así como los determinantes socioculturales y de género del malestar/bienestar) en nombre de un progreso biomédico de pretensión universal. Muestra de ello son las palabras, en primera persona, de una mujer de una zona rural del noroeste de México recogidas en la investigación de Nelly Salgado y Mª Jesús Díaz (2002). Ante la extrañeza y lejanía que generan tanto la dinámica como la figura del psiquiatra, una mujer que "padecía de nervios" y que tiene un primer encuentro con un profesional, relata:

> "...ya tiene muchos años que sufrí de nervios, todo empezó porque se fueron mis hijos a Estados Unidos… y me llevaron con un señor que era un psiquiatra que nomás me hacía preguntas y preguntas… ¡ay no! Le dije a mi hermana, a mi no me anden llevando a doctores de esos que nomás plática y plática… casi me duermo… nomás fui a perder el tiempo… ya no lo volví a ver, (fue la única) y la última vez" (p.166).

Más que cerrar, actualizamos nuevamente el debate, dejando como una vía abierta este trayecto inacabado por el legado cultural de la locura y el feminismo.

Bibliografía

Arriola, Corina de Carmen (2018). Todo derecho es igual de importante: Dainius Püras. *Bajo Lupa Documenta*. Recuperado 01 de febrero de 2019. Disponible en https://documenta.org.mx/blog-documenta/2018/10/03/todo-derecho-es-igual-de-importante-dainius-puras/

Basaglia, Franca (1983). *Mujer, locura y sociedad.* Puebla: Benemérita Universidad Autónoma.

Bernstein, Barbara y Kane, Robert (1981). Physicians' attitudes toward female patients. *Medical care*, *19*(6), 600-608

Broverman, Inge, Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., y Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*(1), 1-7.

Brown, Laura (1992). While waiting for the revolution: the case for a lesbian feminist psychotherapy. *Feminism & Psychology. 2*(2), 239-253.

Burch, Kerry (2012). *Democratic transformations: Eight conflicts in the negotiation of American identity*. London: Continuum.

Burin, Mabel; Moncaraz, Esther y Velázquez, Susana (1990). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada.* Buenos Aires: Paidós.

Butler, Judith (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.

Cooper, David (1974). *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta.

Chamberlin, Judi (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.

Charlton, James (2000). *Nothing about us without us. Disability Oppression and Empowerment*. Berkeley: University of California Press.

Chesler, Phyllis (2005). *Women and Madness.* New York: Palgrave.

Daly, Mary (1979). *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*. New York: Beacon Press.

Desviat, Manuel (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 25, 8-14.

Dio Bleichmar, Emilce (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Siglo XXI.

Ehreinreich, Barbara y Deirdre English (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: la Sal.

Ehreinreich, Barbara y Deirdre English (1990). *Por su propio bien*. Madrid: Taurus.

Fernández Liria, Alberto (2017). Apuntes para una crítica de la psiquiatría y de la "salud mental". En Maestro, Angeles; González Duro, Enrique; Rendueles, Guillermo; Fernández Liria, Alberto y de la Mata, Iván (Eds.), *Salud Mental y Capitalismo*. Madrid: Cisma Editorial.

Fiocchetto, Rosanna (1993). *La amante celeste. La destrucción científica de la lesbiana*. Madrid: horas y Horas.

Firestone, Shulamith (1970). *La dialéctica del sexo*. Barcelona: Kairós.

Firestone, Shulamith (1998). *Airless Spaces*. Pasadena: Semiotext(e).

Friedan, Betty (1963). *La mística de la feminidad*. Madrid: Júcar.

García Dauder, (S.) (2018). Pedagogías de la diversidad en salud. Diálogos entre activismos trans e intersex y disciplinas psi. En Mª Teresa Climent y Marta Carmona (coord.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (100-42). Madrid: AEN Digital

García Dauder, (S.) y Pérez-Sedeño, Eulalia (2017). *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.

García Puig, Mar (2019). Prólogo. En Kate Millett, *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.

Gilbert, Sandra y Gubar, Susan (1998). *La loca del desván: la escritora y la imaginación literaria del siglo XIX*. Madrid: Cátedra.

González de Chávez, Asunción (comp.) (1993). Grupos terapéuticos de mujeres. En *Cuerpo y subjetividad femenina* (279-288). Madrid: Siglo XXI.

González Oddera, Mariela (2018). La subjetividad femenina en cuestión. Psicología y estudios de la mujer en la Argentina. *Estudios de género,* 4. https://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/article/view/199/pdf

Hanisch, Carol (1969). Lo personal es político. Disponible en: http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/lo-personal-es-politico_final.pdf

Hare-Mustin, Rachel (1974). Ethical considerations in the use of sexual contact in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *11*(4), 308-310.

Hare-Mustin, Rachel (1992). Cries and whispers: The psychotherapy of Anne Sexton. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*(3), 406-409.

Hare-Mustin, Rachel (2017). Those Were the Best of Times, and Then…. *Women & Therapy*, *40*(3-4), 346-357.

Hare-Mustin, Rachel y Marecek, Jeanne (1994). *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. Barcelona: Herder.

Herman, Ellen (1994). *Psychiatry, Psychology, and Homosexuality*. New York: Chelsea House Publishers.

Herman, Ellen (1995). *The romance of American Psychology*. Berkeley: University of California Press.

Herman, Judith (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.

Holland, Sue (2006). From social abuse to social action. En Jane Ussher y Paula Nicolson (ed.), *Gender issues in clinical psychology* (68-77). London: Routledge.

Hyde, Janet (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.

Jeffreys, Sheila (1987). Against Therapy. En Sue O'Sullivan (ed.), *Women's Health: a spare rib reader* (142–145). London: Pandora Press.

Keller, Evelyn Fox (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnánim.

Kitzinger, Celia (1990). Resisting the Discipline. En Erica Burman (ed.), *Feminists and Psychological Practice* (119-134). London: Sage.

Kitzinger, Celia y Perkins, Rachel (1993). *Changing our minds. Lesbian feminism and psychology*. London: Only Women Press.

Laing, Ronald y Esterson, Adam (1967). *Locura, cordura y familia*. México: FCE.

Las Bucles (2015). Los bucles de la mandrágora (la raíz que grita). B.U.C.L.E.S. *Mujeres y Salud*, 36, 51.

Lodgen, Eleanor (2014). Las voces en mi cabeza. *Mujeres y Salud Mental*, 36: 5-7.

López Petit, Santiago (2009). *La movilización global*. Madrid: Traficantes de sueños.

Marecek, Jeanne (2017). Blowing in the Wind:'70s Questions for Millennial Therapists. *Women & Therapy*, *40*(3-4), 406-417.

Millett, Kate (1969). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

Millett, Kate (1990). *The Loony-Bin Trip*. Chicago: University of Illinois Press.

Mills, China y Fernando, Suman (2014). Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South, 1*(2), 188-202.

Minkowitz, Tina (2014). Reading Foucault and Human Rights. *Mad in America*. Recuperado 01 de febrero de 2019. Disponible en https://www.madinamerica.com/2014/02/reading-foucault-human-rights/

Minkowitz, Tina (2019). Encuentro de los movimientos en salud mental en 1° persona con Tina Minkowitz. En *ActivaMent* [Publicado 27 de enero de 2019] Recuperado 01 de febrero de 2019. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=AT57W6gtVck

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Recuperado 01 de febrero de 2018. Disponible en http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2017). *Informe de Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Recuperado 01 de febrero de 2018. Disponible en https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Relator-ONU-derecho-salud.PDF

Patel, Vikram y Prince, Martin (2010). Global Mental Health: a new global health field comes of age. *JAMA, 303*(19), 1976-1977.

Plaza, Marta (2018). Vulnerabilidades y cuidados. Grupos de Apoyo Mutuo no mixtos en salud mental. *Pikara, online magazine, edición impresa AÑO 6*. Bilbao: EME Komunikazioa.

Rabeharisoa, Vololona; Moreira, Tiago y Akrich, Madeleine (2014). Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. *BioSocieties, 9*(2), 111-128.

Rey, Patricia (2016). II Foro Salud Mental: "Narraciones en primera persona...". En *Crónica perdida*. Recuperado 01 de febrero de 2019. Disponible en http://mascronica.blogspot.com/2016/06/ii-foro-debate-saludmental-parte-5.html

Rivera-Garza, Cristina (2001), "She neither respected nor obeyed anyone": Inmates and Psychiatric Debate Gender and Class at General Insane Asylum. La Castañeda, México, 1910-1930. *Hispanic American Historical Review*, *81*(3), 653-688.

Rossiter, Margaret (1992). *Women Scientists in America*. London: The Johns Hopkins University Press.

Sáez de Buenaventura, Carmen (1988). *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal.

Sáez de Buenaventura, Carmen (ed.). (1979). *Mujer, locura y feminismo*. Barcelona: Dédalo.

Salgado de Snyder, Nelly y Díaz, María de Jesús (2002) En Lara, María Asunción y Salgado de Snyder (Eds.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito… La salud mental de las mujeres mexicanas*. México, D.F.: Editorial Pax México.

Sampietro, Hernán María y Sicilia Matas, Laura (2018). *Guia per a Grups d'Ajuda Mútua de Salut Mental en primera persona*. Barcelona: Activa't per la Salud Mental.

Sánchez-Pardo, Esther (2001). *El legado de Ofelia: Esquizotextos en la literatura femenina del siglo XX*. Madrid: horas y Horas.

Saraceno, Benedetto (2018). *Discurso global: sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona: Herder.

Shapiro, Joseph (2010). Advocate For People With Mental Illnesses Dies. *National Public Radio*. Recuperado 01 de febrero de 2018. Disponible en https://www.scpr.org/news/2010/01/18/10773/advocate-for-people-with-mental-illnesses-dies/

Showalter, Elaine (1985). *The Female Malady*. London: Virago.

Smith, S.E. (2018). Judi Chamberlin: Mad Pride and the Fight Against Institutionalizing Women.

Rooted in Rights. Recuperado 01 de febrero de 2019. Disponible en https://rootedinrights.org/judi-chamberlin-mad-pride-and-the-fight-against-institutionalizing-women/

Summerfield, Derek (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal, 322*(7278), 95-98.

Summerfield, Derek (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, *336*(7651), 992-994.

Szasz, Thomas (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.

Tavris, Carol (1992). *The mismeasure of woman*. New York: Simon & Schuster.

Tennov, Dorothy (1973). Feminism, psychotherapy and professionalism. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *5*(2), 107-111.

Tiefer, Leonor (2006). Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Medicine*, *3*(4), 0436-0439.

Tuana, Nancy (2006). The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia, 21*(3), 1-19.

Uruchurtu, Eguíluz (2010). Historia de la psicofarmacología. En Salazar Vallejo, M., Peralta, C., y Pastor Ruiz, J. (Eds.), *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid. Editorial Panamericana.

Ussher, Jane (1991). *Women's Madness*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

Ussher, Jane (2013): Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, *23*(1), 63-69.

Wilton, Tamsin (1995). Madness and feminism: Bristol crisis service for women. En Gabriele Griffin (ed.), *Feminist Activism in the 1990s* (28-40). New York: Routledge.

Notas

1 Chesler le dedica varias páginas a Elizabeth Packard. Encerrada contra su voluntad por su marido en un manicomio, escribió un diario desde su confinamiento y posteriormente *Modern Persecution, or Insane Asylums Unveiled* (1873). Packard podría considerarse la primera defensora de los derechos de las mujeres psiquiatrizadas "en primera persona": se mantuvo interesada en el activismo y en las denuncias del sistema hechas por personas encerradas como locas (Minkowitz, 2014).

2 Ello se puede apreciar en investigaciones recientes que recogen y analizan los historiales clínicos y las propias notas de las mujeres institucionalizadas. Por ejemplo, el trabajo de Cristina Rivera-Garza (2001) en el hospital psiquiátrico La Castañeda en la Ciudad de México, en el periodo de 1910 a 1930.

3 No es casual que el término "locas" se utilice para referirse a "hombres femeninos".

4 Prueba de que el modelo neutro de género era un rasgo común de las diferentes corrientes, fueron los vídeos que la APA publicó en 1965 (*Three Approaches to Psychotherapy: A Film Series*) donde Gloria, una paciente mujer, se enfrentaba a tres sesiones con Ellis, Rogers y Pearls. Ni la terapia racional-emotiva, ni la Gestalt ni la humanista eran capaces de identificar y comprender los malestares de Gloria desde los mandatos sociales y de género.

5 *Mujer, locura y sociedad* de Franca Basaglia (1983) constituye una excepción dentro de los textos clásicos de la anti-psiquiatría por introducir lo que hoy llamaríamos una "perspectiva de género" en su análisis.

6 Las novelas de Virginia Woolf, Kate Chopin, Mary Shelley, Perkins Gilman, la poesía de Emily Dickinson o el diario de Alice James, son buen ejemplo de relatos de encierro y fugas.

7 El diagnóstico de "mutismo" o "afasia psicógena" fue una característica común entre Dora y Ana O.

8 *La campana de cristal* de Sylvia Plath o las novelas de Janet Frame *Un ángel en mi mesa* y *Rostros en el agua* son buen ejemplo de ello (Sánchez-Pardo, 2001). Respecto a las películas, una mirada crítica de género encontraría fácilmente similitudes en *Family lives* de Ken Loach (1972), *Una mujer bajo influencia* de John Cassavetes (1974) o *Frances* de Graeme Clifford (1982).

9 Debates similares ha habido respecto a la anorexia o el "trastorno límite de personalidad" como emblemas de protesta feminista.

10 No es casual que se acabe de traducir *Viaje al manicomio* de Kate Millett, diecinueve años después, "una cuenta pendiente" del feminismo como dice María García Puig en el prólogo, y que coincide con el auge del movimiento en primera persona y las celebraciones por el Orgullo Loco.

11 Libro que sería referenciado en el *New York Times* por una brillante Adrienne Rich.

12 Hare-Mustin (1992) señalaba, como ejemplo, hasta qué punto la publicación de las grabaciones de las sesiones clínicas de la poeta Anne Sexton había despertado el debate sobre el derecho a la intimidad y a pocas voces les extrañaba las relaciones sexuales que su terapeuta tuvo con ella.

13 La película *Family Lives* dirigida por Ken Loach e inspirada en los trabajos de Laing es un buen ejemplo de ello.

14 De donde salió el "clásico" libro colectivo de las Mujeres de Boston con dicho título.

15 Burin introduce esta propuesta en la década de 1990, a la par de la primera ola de comercialización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paroxetina, sertralina y citalopram) para el tratamiento de la depresión (Uruchurtu, 2010), cuya prevalencia ha sido tradicionalmente mayor en las mujeres.

16 Conviene diferenciar esta "primera persona" del yo neoliberal. El neoliberalismo ha justificado la desprotección pública en nombre de la responsabilidad individual, abriendo la posibilidad de que el "paciente" sea más autónomo ante la gestión clínica (Fernández Liria, 2017). No obstante, en este caso, la autonomía de la persona usuaria representa un ejercicio de reivindicación, ya que ha sido un elemento ausente en la historia del colectivo. Y ello a diferencia de otros colectivos que, identificados con el modelo hegemónico masculino de la racionalidad, han experimentado la autonomía como un valor desde siempre garantizado. Ni para las mujeres ni para el colectivo de personas psiquiatrizadas la "autonomía" ha sido un valor previamente asegurado.

17 Desde el año 2006 fue aprobada la Convención sobre los Derechos de las Persona con Discapacidad (ONU, 2006); documento redactado en un 80% por las organizaciones civiles representantes de las "personas con discapacidad", convirtiéndose en el primer tratado amplio e internacional que defiende sus derechos (Minkowitz, 2019). En este contexto, muchas de las personas diagnosticadas por la psiquiatría se apropian del concepto de "discapacidad psicosocial" para hacer efectivos sus derechos en un largo trayecto de luchas y reivindicaciones.

18 Judi Chamberlin fue una activista estadounidense que, después de haber vivido un ingreso involuntario y múltiples abusos dentro de la institución psiquiátrica, relató su experiencia en un libro titulado *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System* en 1978. Éste es reconocido como uno de los textos fundacionales del movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría y del Orgullo Loco. A Chamberlin se le ha atribuido acuñar el término "Mad Pride" (Shapiro, 2010), así como haber jugado un importante rol en la intersección entre el Orgullo Loco, los derechos humanos y el movimiento por la liberación de las mujeres (Smith, 2018).

19 Sobre este tema, el relator especial por el derecho al máximo disfrute de salud física y mental de la ONU ha informado recientemente que la carga mundial de obstáculos para la transformación de la salud mental pública recae en: el predominio del modelo biomédico, las asimetrías de poder y el uso sesgado de investigaciones científicas. Todo ello relacionado con quiénes son los agentes que continúan tomando las decisiones sobre políticas públicas en salud mental, es decir, ocupando el lugar de sujetos de conocimiento y sujetos de poder (en el contexto europeo se trata especialmente de la psiquiatría y la industria farmacéutica) (ONU, 2017).